

# Vulvovaginalalkandidose: Aktuelle AWMF-Leitlinie

Alex Farr

Stv. Leiter | Abt. für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin

Universitätsklinik für Frauenheilkunde | Medizinische Universität Wien

ESIDOG Webinar 2024

# Interessenskonflikte

- Forschungsförderung: DGGG e.V., BionTech, ProFem
- Advisory Board: Pierre Fabre, BionTech, Avodes, Schülke
- Vortragstätigkeit: Exeltis, Dr.Kade, Fortbildungskolleg, FomF, Medinova, Pierre Fabre
- Urheberrechtsanspruch: Medinova

## Disclaimer

- Diese Präsentation kann off-label-Inhalte enthalten.
- Diese Präsentation dient rein wissenschaftlichen Informationszwecken.
- Die Inhalte dieser Präsentation entsprechen zum Zeitpunkt ihrer Erstellung dem besten Wissensstand.
- Alle Angaben zu Wettbewerbern gründen sich auf öffentlich zugängliche Quellen.
- Richtigkeit und Zusammenhang zum Zeitpunkt der Präsentation, sowie Meinungsäußerungen unterliegen der Verantwortung der/des Vortragenden.

# AWMF 015/072: Beteiligte Fachgesellschaften

Autor/in	AWMF-Fachgesellschaft
Prof. DDr. Alex Farr, MPH	Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
<b>DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein</b>	
Arbeitsgemeinschaft für Infektionen und Infektionsimmunologie in der Gynäkologie und Geburtshilfe (AGII)	
Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)	
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V.	
Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft (DMykG)	
Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)	
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)	

# Mitglieder der Arbeitsgruppe

Autor/in Mandatsträger/in	
Prof. Dr. Isaak Effendy	Prof. Dr. Ljubomir Petricevic
Prof. DDr. Alex Farr, MPH	Prof. Dr. Markus Ruhnke
Dr. Brigitte Frey Tirri	Prof. Dr. Martin Schaller
Prof. Dr. Herbert Hof	PD DDr. Axel Schäfer
Prof. Dr. Peter Mayser	Prof. Dr. Birgit Willinger
Prof. Dr. Werner Mendling	



AWMF 015/072

# Begriffsdefinition

## Konsensbasierte Empfehlung 3.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Die Bezeichnungen „Candidose“, „Kandidose“ und „*Candida*-Vulvovaginitis“ sollen gegenüber der Bezeichnung „Candidiasis“ bevorzugt werden.



**gynécologie**  
suisse



AWMF 015/072

# Mikrobiologie

## Konsensbasiertes Statement 4.S1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei prämenopausalen, schwangeren, asymptomatischen, gesunden Frauen, sowie bei Frauen mit akuter VVC (ohne Anamnese für chronisch rezidivierende VVC), handelt es beim Nachweis von Hefepilzen meistens um *Candida albicans*



AWMF 015/072

# Virulenzfaktoren

## Konsensbasiertes Statement 5.S2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der Schritt von der Kolonisation zur Vaginitis ist bisher nicht ganz verstanden und belegt die Bedeutung von Wirtsfaktoren.



**gynécologie**  
suisse



AWMF 015/072

# Genitale Kolonisation

## Konsensbasiertes Statement 6.S3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die einfache Kolonisation mit *Candida*-Spezies ist häufig, oft vorübergehend und außerhalb der Schwangerschaft meist nicht therapiebedürftig.



AWMF 015/072

# Prädisponierende Wirtsfaktoren

## Konsensbasierte Empfehlung 7.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Etwa 70–75% aller Frauen leiden mindestens einmal in ihrem Leben an einer VVC, wobei bestimmte Risikogruppen existieren, bei denen (sofern möglich), neben ordnungsgemäßer Diagnostik und Therapie der VVC, zusätzlich die Ausschaltung des prädisponierenden Wirtsfaktors angestrebt werden sollte.



AWMF 015/072

# Klinische Symptomatik

## Konsensbasiertes Statement 8.S4

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Juckreiz ist das Hauptsymptom der VVC, wobei nicht alle Frauen, die Juckreiz beklagen, tatsächlich eine VVC haben. Neben Juckreiz klagen Betroffene häufig über vaginale Rötung, Wundheitsgefühl, Brennen, Dyspareunie und Dysurie. Symptome alleine ermöglichen es nicht, verlässlich zwischen den Ursachen einer Vaginitis zu unterscheiden.



**gynécologie  
suisse**



AWMF 015/072

# Diagnostik

## Konsensbasierte Empfehlung 9.E3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Diagnose VVC soll anhand der Kombination aus Klinik und dem mikroskopischen Nachweis von (Pseudo-)Hyphen gestellt werden, wobei bei unklaren Fällen die Diagnostik auf kulturelle Methoden erweitert werden soll.



AWMF 015/072

# Diagnostik



Mittelschwere VVK, *C. albicans*



56 J., HRT,  
Vulvovaginalkandidose, *C. albicans*

# Diagnostik



Der ständige Juckreiz wurde nur dem Lichen sclerosus zugeordnet.

Juckreiz kommt bei Lichen sclerosus und auch bei der Kandidose vor!

# Diagnostik



Ekzematoide  
Vulvakandidose



Vesikulöse Vulvakandidose

# Notwendige Diagnostik

## Konsensbasierte Empfehlung 9.E4

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die mikroskopische Untersuchung mit Kochsalzlösung bei 400-facher Vergrößerung soll zur Orientierung als erster diagnostischer Schritt durchgeführt werden.



**gynécologie  
suisse**



AWMF 015/072

# “Unsinnige“ Diagnostik

<b>Konsensbasiertes Statement 9.S5</b>	
<b>Expertenkonsens</b>	<b>Konsensusstärke +++</b>
Serologische Tests, vor allem Antikörperspiegelbestimmungen, haben in der Diagnostik der VVC keinen Stellenwert.	



AWMF 015/072

# Therapie

## Konsensbasierte Empfehlung 10.E5

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die akute VVC sollte je nach individuellen Bedürfnissen der Frau entweder mit lokalen oder mit oralen Antimykotika behandelt werden, während bei einer chronisch RVVC primär die orale Therapie, eventuell im Sinne einer länger andauernden Suppressionstherapie, durchgeführt werden sollte.



**gynécologie**  
suisse



AWMF 015/072

# Therapie der akuten VVC

## Konsensbasiertes Statement 10.S6

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Therapie der akuten VVC mit topischen oder oralen Imidazolderivaten, Polyenen und Ciclopiroxolamin zeigt äquivalente Therapieerfolge. Die Behandlung eines asymptomatischen Sexualpartners ist bei einer akuten VVC nicht indiziert.



**gynécologie**  
suisse



AWMF 015/072

<b>Lokalthherapie (bei Erstmanifestationen)</b>		
Clotrimazol	200 mg Vaginaltabletten 1x tgl. für 3 Tage 500 mg Vaginaltablette einmalig	
Econazol	150 mg Vaginalzäpfchen 2x tgl. alle 12 Stunden 150 mg Vaginalzäpfchen 1 x tgl. für 3 Tage	
Felticonazol	600 mg Vaginalkapsel 1x tgl.	<i>Bei Bedarf wiederholen</i>
Isoconazol	150 mg Vaginalzäpfchen 2x tgl. alle 12 Stunden 150 mg Vaginalzäpfchen 2x tgl. für 3 Tage 600 mg Vaginalzäpfchen einmalig	
<b>Alternative Therapien (bei massiver Erstmanifestation)</b>		
Fluconazol	150 mg oral einmalig 50 mg oral 1x tgl. für 7-14 Tage 100 mg oral x tgl. für 14 Tage	<i>Bei Immunsupprimierten Pat.</i>
Itraconazol	100 mg oral 2x2 Kapseln tgl. postprandial 100 mg oral 1x2 Kapsel tgl. für 3 Tage	
Nystatin	100.000 I.E. Vaginaltablette für 14 Tage 200.000 I.E. Vaginaltablette für 6 Tage	
Ciclopiroxolamin	50 mg (1 Applikatorfüllung) 1 x tgl. für 6-14 Tage	<i>evtl. über internationale Apotheke</i>

# Nebenwirkungen

## Konsensbasiertes Statement 10.S7

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Alle gängigen vaginalen und topischen Antimykotika sind grundsätzlich gut verträglich.



**gynécologie**  
suisse



AWMF 015/072

# Resistenzbildung

## Konsensbasierte Empfehlung 10.E6

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Unnötige antimykotische Therapien können durch Selektion weniger empfindlicher Stämme zu Resistenzen führen und sollen daher vermieden werden.



AWMF 015/072

# Non-*albicans* Vaginitis

## Konsensbasierte Empfehlung 10.E7

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei chronisch RVVC und Non-*albicans*-Vaginitiden sollte geprüft werden, ob die angegebenen Symptome für eine Mykose sprechen und (nach Resistenzprüfung) tendenziell Reserve-Antimykotika zur Anwendung kommen. Dies gilt insbesondere für Infektionen mit *Candida glabrata*.



**gynécologie  
suisse**



AWMF 015/072

# Chronisch rezidivierende VVC

## Konsensbasierte Empfehlung 10.E8

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei einer chronisch RVVC kann eine antimykotische Langzeitbehandlung durchgeführt werden, wobei verschiedene Schemata mit geringer Evidenz existieren.



AWMF 015/072

# Therapie in der Schwangerschaft

## Konsensbasierte Empfehlung 10.E9

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Im Falle einer VVC während der Schwangerschaft soll insbesondere im ersten Trimenon mit lokalem Clotrimazol behandelt werden, um das Risiko für fetale Fehlbildungen und einen Frühabort zu vermeiden.



**gynécologie**  
suisse



AWMF 015/072

# Selbstmedikation

## Konsensbasierte Empfehlung 10.E10

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Therapie der VVC soll nach einer korrekt durchgeführten und ärztlich gesicherten Diagnose, anhand von Anamnese, Klinik, Nativpräparat und ggf. Pilzkultur, erfolgen.



AWMF 015/072

# Probiotika

<b>Konsensbasiertes Statement 10.S8</b>	
<b>Expertenkonsens</b>	<b>Konsensusstärke +++</b>
Probiotika scheinen sich positiv auf die Vorbeugung einer VVC auszuwirken, wobei die Evidenz diesbezüglich begrenzt ist.	



AWMF 015/072

# Alternative und komplementäre Medizin

## Konsensbasiertes Statement 10.S9

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Es existieren diverse Therapiealternativen in der Behandlung der VVC, die jedoch selten evidenzbasiert sind.



AWMF 015/072

# Ausblick und zukünftige Forschung

## Konsensbasiertes Statement 11.S10

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bis dato existieren keine zugelassenen Immuntherapien gegen die *Candida*-Vaginitis.

## Konsensbasiertes Statement 11.S11

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Es existiert umfassender Bedarf an präklinischer, translationaler und klinischer Forschung im Bereich der VVC bzw. der chronisch RVVC.



**gynécologie**  
suisse



AWMF 015/072

# Ausblick und zukünftige Forschung

- **VT-1161**

neuer oraler Lanosterol-Demethylase-Hemmer. Wirksam gegen *C. alb.*, *C. glabrata*, *C. krusei*!

Brand SR, Degenhardt TP, Person K, Sobel JD, Nyirjesy P, Schotzinger RJ, Tavakkol A.: A phase 2, randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-ranging study to evaluate the efficacy and safety of orally administered VT-1161 in the treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis.

Am J Obstet Gynecol 2018; 218: 624.e1-9

- **Ibrexafungerp (SCY-078):**

neuer oraler halb-synthetischer Triterpenoid- Glucan-Synthesehemmer

Nkechi Azie, David Angulo, Barbara Dehn, Jack D. Sobel.

Oral Ibrexafungerp: an investigational agent for the treatment of vulvovaginal candidiasis. Expert Opin Investig Drugs 2020 Sep;29(9):893-900

- **u. a.**

- **Impfung!**

Bernardis F, Graziani S, Tirelli F, Antonopoulou S.

Candida vaginitis: virulence, host response and vaccine prospects.

Med Mycol. 2018; 56(suppl\_1): 26-31.



AWMF 015/072

# Fazit

- Die VVK ist relativ häufig; Candida-Vaginitis nur, wenn die Vagina östrogenisiert ist.
- Juckreiz im Vestibulum ist typisch, aber kommt auch bei Vulvodynie, Lichen sclerosus u. a. vor.
- Alle lokalen und oralen Therapiearten sind gleich gut, nach 3 Tagen ist der Juckreiz weg! Clotrimazol ist das Standardpräparat.
- Bei CRVVK orale Suppressionstherapie über mindestens 6 – 12 Monate.
- Zukünftig neue orale Präparate mit Wirkung auch gegen non-C. albicans – Arten
- Impfung!



AWMF 015/072



alex.farr@meduniwien.ac.at



MEDIZINISCHER UNIVERSITÄTSCAMPUS MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien